

## Svar til Mickey Gjerris

Petersen, Thomas Søbirk

*Published in:*  
Ugeskrift for Læger

*Publication date:*  
2011

*Document Version*  
Tidlig version også kaldet pre-print

*Citation for published version (APA):*  
Petersen, T. S. (2011). Svar til Mickey Gjerris. *Ugeskrift for Læger*, 173(13), 996.

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact [rucforsk@kb.dk](mailto:rucforsk@kb.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

[1]. Hovedbudskabet hele artiklen igen er, at »læger« hader akkreditering i al almindelighed, samt at »læger mener«, at Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er en bureaukratisk potemkinkulis, som udelukkende stjæler lægetid fra patienterne.

Som læge vil jeg egentlig gerne frabede mig denne generalisering. Som overlæge og mellemlæder finder jeg, at DDKM er et nyttigt og hensigtsmæssigt ledelsesværktøj – også i den kliniske hverdag. DDKM er et værktøj, som forener ledelsesaspekterne med den kliniske hverdag, og melder vi os som læger ud af dette, spiller vi os også de ledelsesmæssige muligheder af hænde og videre til de øvrige faggrupper, der ikke er nær så bange for at tage nye værktøjer i brug. Spørgsmålet er, om det er til gavn for patienterne.

Såfremt DDKM alene anvendes til at lave standarder for, hvorledes køleskabstemperaturer og afholdelse af rygestop-samtaler med patienter dokumenteres, er modellen ikke til gavn for kvaliteten i patientbehandlingen.

Men efter at have været igennem et akkrediteringsforløb i Region Nordjylland, er det min oplevelse, at jeg har kunnet bruge akkrediteringsprocessen til at få fokus på centrale lægefaglige kerneydelser.

Vi har brugt DDKM til at brede processen i udarbejdelsen af kliniske retningsgivende dokumenter ud til brugerne, således at det er de læger og sygeplejersker, der dagligt arbejder med faget, der får ejerskab til og forståelse for, at vi skal arbejde ud fra den højeste mulige faglige standard.

Ud fra et lægefagligt synspunkt understøtter DDKM en udmærket ramme for at arbejde med evidensbaseret kvalitetsudvikling

Et eksempel er opbyggelsen af en sikkerhedskultur omkring håndteringen af den uventede vanskelige luftvej, hvor vi med afsæt i DDKM's kvalitetscirkel som grundlæggende model for systematisk kvalitetsudvikling er lykkedes at gå fra en individuel til et fælles luftvejskoncept i en hel region [2].

Når min familie og jeg tager på ferie i næste måned, er jeg glad for, at de piloter og det kabinepersonale, der står for vores flyrejse, på samme måde i fællesskab

arbejder seriøst og målrettet med kvalitet og sikkerhed.

Afsnitsansvarlig overlæge *Per Lambert*,  
Anæstesi, Afdeling 1-6, Ålborg Sygehus.  
E-mail: p.lambert@rn.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen.

#### LITTERATUR

1. Jungersen D. Fri os fra akkreditering ... Ugeskr Læger 2011;173:783-6.
2. Rall M, Dieckmann P. Safety culture and crisis resource management in airway management: general principles to enhance safety in critical airway situations. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2005;19:539-57.

## Organdonation skal ikke være fradragsberettiget

Thomas Søbirk Petersen (TSP) og undertegnede er nu nået til fjerde del i diskussionen om, hvorvidt det er en god ide at indføre et skattefradrag til borgere, der melder sig til organdonoregisteret [1-3].

Den egentlige diskussion står om, hvilke midler som etisk set bør tages i brug. Under dette hører en vurdering af de enkelte tiltags effektivitet. Jeg er enig med TSP i, at det kræver en nærmere undersøgelse at fastslå dette og vil lade vores respektive »guesstimates« ligge og vende mig mod det etiske.

**” Det er ganske naturligt at række »livets gave« videre.**

For det første må TSP forholde sig til, om man som samfund ikke bør stille krav til dem, der melder sig til donorregisteret. Vi køber en vare af dem og kan med fuld ret kræve, at den potentielle vare bliver beskyttet med hensyn til livsstilsvalg som motion, rygning og alkoholindtag – eller skal vi differentiere skattefradraget alt efter den potentielle vares stand?

For det andet holder sammenligningen mellem donationer til velgørende formål og skattefradrag for donorregister-

tilmelding ikke. TSP beskylder mig for at blande æbler og pærer, men blander i så fald selv flæsketeg og flødeskum. Man får ikke en økonomisk belønning af staten, når man donerer til velgørende formål. Man får et fradrag i forhold til størrelsen af donationen. Man bliver med andre ord ikke rigere, men mindre fattig. TSP's forslag vil derimod udløse en belønning. De to situationer er kun analoge, hvis staten donerer et ekstra antal organer, når jeg donerer mine. Kritikken af kommercialiseringen kan derfor ikke afvises på denne måde.

Tilbage til den grundlæggende uenighed. Skal organer være en ejendom, der kan sælges som en vare? Her mener TSP, at vi skal lade det afgøre af dem, der venter på et organ. Jeg kan godt gætte mig til, hvad en del af dem vil svare. Men der er også nyrepatienter, der tager til Østeuropa og køber en ny nyre med alvorlige følger for de mennesker, som sælger den. Det gør vel ikke denne praksis rigtig? Vi har netop en etisk diskussion for ikke at blive fanget i en følelsesstorm, hvor vi lader enkelttilfælde diktere, hvad der er rigtigt og forkert.

Jeg taler imod en kommercialisering af området, fordi jeg mener, at det grundlæggende er en samfundspligt at stille op som organdonor – ikke noget særligt, man skal belønnes for. En kommercialisering af området vil kun forstærke den fejlagtige opfattelse, som loven om informeret samtykke giver næring til: At man er særlig god, hvis man hjælper hinanden. Lad os i stedet indføre formodet samtykke og fortælle hinanden, at det er ganske naturligt at række »livets gave« videre.

Lektor i bioetik, medlem af Det Ethiske Råd

*Mickey Gjerris*,

Fødevareøkonomisk Institut, Københavns Universitet

E-mail: mgj@life.ku.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen.

#### LITTERATUR

1. Søbirk T. Organdonation og skattefradrag. Ugeskr Læger 2011;173:376-7.
2. Gjerris M. Organer er ikke købmansvarer. Ugeskr Læger 2011;173:524.
3. Søbirk T. Et skattefradrag er ikke det samme som en købmansvare. Ugeskr Læger 2011;173:675.

## &gt;Svar:

Mickey Gjerris (MG) og undertegnede har igennem den seneste måned i Ugeskrift for Læger diskuteret, om det er etisk forvarligt at belønne personer, der ønsker at donere deres organer efter deres død. I MG's seneste svar lyder det nu, at han er imod et skattefradrag, fordi »... jeg mener, at det grundlæggende er en samfundspligt at stille op som organdonor – ikke noget særligt man skal belønnes for« [1]. Jeg er enig med MG i, at det er en samfundspligt at stille op som organdonor, og det vil da også være herligt, hvis folk handlede i overensstemmelse med denne pligt, og at der på denne baggrund ikke var mangel på organer.

Men virkelighedens verden er jo en helt anden. Det er ikke tilstrækkeligt at opfordre folk til at være søde og rare over for

hinanden og så forvente, at vi gør vores borgerpligt. Over en periode på 20 år har andelen af tilmeldte til donorregistret ligget på cirka 12%. Det er stadig svært at få øje på, at det skulle være forkert at indføre et skattefradrag, hvis det kan betyde, at vi kan redde nogle af de personer, der hver uge dør på grund af organmangel. Vi bør forsøge os med alle de værktøjer, vi har til rådighed i et demokrati for at motivere folk til at være organdonorer og redde liv. At give et skattefradrag er et incitament til at få folk til at gøre noget godt – en praksis vi allerede benytter, når vi får et skattefradrag, hvis vi giver gaver til velgørende organisationer. At et skattefradrag kan give et lille økonomisk overskud i nogle personers økonomi, bør ikke overskygge, at en sådan incitamentstruktur kan redde flere menneskers liv. Læger får ofte også penge for at redde liv, uden at vi principielt set

finder denne form for belønning etisk forkert.

MG spørger endvidere, om forslaget vil indebære, at der skal stilles krav til potentielle organdonorer om, at de skal passe på deres organer, ved at staten kræver, at de skal motionere eller undlade at ryge og drikke. Nej, selvfølgelig ikke. Hvorfor vil MG forestille sig, at et sådant krav skulle effektueres? Ved at indføre en totalitær stat? På mit arbejde bliver jeg også belønnet med en månedlig løncheck, men derfor kan min arbejdsplads ikke med fuld ret kræve, at jeg ikke må undlade at motionere eller drikke alkohol i fritiden, selv om det kan forringe min arbejdsindsats. Velkommen til virkelighedens verden!

Lektor Thomas Søbirk Petersen, Roskilde Universitet  
E-mail: thomassp@ruc.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen.

## Udredning og behandling af svimmelhed



I Ugeskrift for Læger (2011;173:724) gennemgår Mads Klokke status for undersøgelse og behandling af svimmelhed i Danmark. Det anføres blandt andet, at »...vi i Danmark kun har knap en håndfuld klinikker, hvor man interesserer sig for vestibulære fænomener...«. Det er desværre korrekt, hvis man tænker på øre-næse-hals-klinikker på de danske hospitaler.

Men Mads Klokke har tilsyneladende været blindt for, at vi i Danmark har ca. 150 praktiserende speciallæger, som dagligt undersøger og behandler et stort an-

tal svimle patienter. Mange har en endog stor interesse for otoneurologi. Flertallet af de praktiserende øre-næse-hals-læger, har gennem de sidste 15-20 år jævnligt udbygget og opfrisket deres viden på efteruddannelseskurser arrangeret af blandt andet Dansk Selskab for Otolaryngologi, Hoved & Halskirurgi. Desuden har mange praktiserende speciallæger deltaget i internationale kurser, for eksempel på den årlige kongres arrangeret af det amerikanske otolaryngologiske selskab, ligesom en del speciallægeklinikker har anskaffet avanceret elektronisk undersøgelsesudstyr.

Når det gælder benign paroksysmal positionsvertigo (BPPV) findes der næppe en speciallægeklinik, som ikke praktiserer diagnosticering og behandling af BPPV, i det mindste i de posteriore buegange. Der udføres således op mod 15.000 repositionsmanøvrer pr. år i speciallægepraksis. Mange af disse følges op med hjemmeøvelser og vestibulær rehabilitering. Også en del alment praktiserende læger udfører i øvrigt Epleys manøvre.

Men vi har bestemt savnet hospitalsklinikker, der har interesse for otoneurologi og som i de heldigvis få behandlingsresistente og ukarakteristiske tilfælde kan tilbyde yderligere diagnostik og behandling, f.eks. som i det aktuelle tilfælde med Epleystolen.

Praktiserende øre-næse-hals-læge Mikkel Holmelund, Helsingør. E-mail: mholmund@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Mikkel Holmelund er medlem af bestyrelsen i Danske Øre-næse-halslægers Organisation (DØNHO) og næstformand i Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS).

## &gt; Svar:

Praktiserende øre-næse-hals-læge Mikkel Holmelund (MH) takkes for kommentaren til statusartiklen for undersøgelse og behandling af svimmelhed i Danmark (Ugeskr Læger 2011;173:724).

MH har helt ret i, at mange af landets ørelæger udretter et stort arbejde i behandlingen af svimle patienter specielt med posterior paroksysmal positionsvertigo (BPPV), sådan som det nævnes i kom-